

Sorprese nel sacco erniario: il tumore intrasacculare del sigma



Ann. Ital. Chir., LXXV, 5, 2004

G. Staniscia, S. Graziani, E. De Nicola,
F. Ciampaglia

ASL Lanciano-Vasto
Divisione di Chirurgia Generale Ospedale "Renzetti"
Lanciano
Direttore: Prof. Giovanni Lesti

Abstract

SURPRISE IN THE HERNIA SAC: THE INTRASACCULAR TUMOR OF THE SIGMA

In this report we define the terms of saccular, extra-saccular and intrasaccular tumor and present a rare case of intrasaccular tumor of the colon; it is remarked a careful clinical examination of patients with inguinal hernias to find a colon tumor; diagnosis in emergency is intra-operative. Two therapeutics options are possible: the simultaneous treatment or the delayed resolution.

Key words: Inguinal hernia, intrasaccular tumor.

Introduzione

È presentato un raro reperto occasionale – come si evince dalla letteratura pubblicata – di tumore del sigma, contenuto in un sacco erniario, in un paziente operato per ernia inguino-scrotale irriducibile e trattato con terapia sincrona delle due patologie.

Caso clinico: Paziente di 67 anni con anamnesi familiare e fisiologica senza dati rilevanti.

Nell'anamnesi patologica remota è presente un precedente di resezione colica, non meglio precisata, nel 1983 per un'emorragia digestiva da verosimile angioidisplasia; due anni fa fu sottoposto a by-pass aorto-coronarico per cardiopatia ischemica complicato da infezione della ferita sternotomica.

Il paziente si ricovera perché da tre giorni lamenta dolore in sede inguinale sinistra dove è presente un'ernia inguino-scrotale, insorta peraltro da diversi anni, che in precedenza si riduceva spontaneamente in decubito supino o con manovre attuate dal paziente stesso, ed ora diventata irriducibile. L'esame obiettivo evidenzia una modesta distensione addominale ed un'ernia inguino-scrotale irriducibile, nel cui sacco a contenuto intestinale, sembra apprezzarsi una tumefazione intra-luminale della forma e dimensione di una noce. Dopo avere eseguito gli esami pre-operatori il paziente è sottoposto ad intervento chirurgico di ernioalloplastica.

L'intervento, condotto in anestesia spinale, inizia con

un'incisione inguinotomica trasversale, isolamento del sacco, il cui contenuto è costituito da sigma ed in cui si conferma la presenza della neoformazione apprezzata in occasione dell'esame obiettivo; il reperto depone per una neoplasia del sigma non affiorante alla sierosa; si decide quindi di effettuare una resezione segmentaria del colon, previa esecuzione di un'anestesia generale ed un ampliamento della ferita inguinotomica; l'intervento si conclude con un'alloplastica secondo Trabucco. Il decorso post-operatorio è stato regolare ed il paziente è stato dimesso in tredicesima giornata; sentito il parere dell'Oncologo si è deciso di sottoporre il paziente a stretto e regolare follow-up.

L'esame macroscopico evidenzia un segmento di colon lungo 15 cm., contenente una neoformazione ulcerata non infiltrante la sierosa, il cui margine libero prossimale è di 4 cm. e quello distale di 10 cm. L'esame istologico ha confermato la presenza di un adenocarcinoma moderatamente differenziato infiltrante la tonaca muscolare con focali aspetti di linfangiosi carcinomatosa mentre i sei linfonodi loco-regionali repertati ed esaminati, nonché i margini di resezione sono risultati indenni (pT2G2N0).

Discussione

Il primo caso di tumore dentro un sacco erniario fu pub-

blicato da Arnaud nel 1749 (1) e l'incidenza di patologia neoplastica nel sacco erniario è riportata nello 0.5% dei sacchi escissi (2, 3). Pur essendo una patologia rara, Lejars già nel 1889 ne classificò tre tipi (4): quando interessa il sacco erniario per una patologia primitiva che origina dalle strutture anatomiche proprie del sacco quali la sierosa peritoneale ed il funicolo spermatico, si parla di tumori saccolari; diversamente la patologia può interessare l'organo o le strutture contenute nel sacco stesso e si parla in tal caso di tumori intra-sacculari (3); per tumori extra-sacculari si intendono invece tumori che protrudono in un sacco erniario, ma estrinseci al sacco stesso come può essere una patologia linfonodale primitiva o metastatica. Le patologie saccolari neoplastiche benigne o maligne sono più rare dei tumori intra-sacculari. Sono riportati in letteratura casi di mesoteliomi e sarcomi originatisi dalla sierosa del sacco erniario e di patologie originatisi dal funicolo stesso. I tumori intra-sacculari sono più frequenti e possono essere primitivi del viscere erniato o secondari. Nel caso di patologia metastatica le sedi primitive sono, il colon, lo stomaco, il pancreas, la colecisti, il melanoma cutaneo, l'endometrio e la prostata (3); essi metastatizzano per via ematogena o per disseminazione endo-cavitaria, mentre nel caso del tumore della prostata si ammette una via funicolare. Nel caso invece di tumori intra-sacculari sono riportati casi di: sarcomi dell'omento e del mesentere, adenocarcinomi dell'appendice e del piccolo intestino e carcinomi vescicali e delle ovaie. Ma il reperto relativamente più frequente, del quale a tutt'oggi ne sono stati descritti 19 casi, è l'adenocarcinoma del colon (5) con 4 casi a carico del colon destro e 15 del sinistro.

Le cause di tale elevata incidenza sono da ricondurre alla rilevante frequenza del tumore del colon sinistro nella popolazione generale e all'altrettanta alta frequenza di impegno di questo viscere nel sacco erniario, perché anatomicamente molto mobile. Le ipotesi che la sofferenza circolatoria e la flogosi conseguente del viscere erniato fossero responsabili dell'insorgenza del tumore intra-sacculare furono formulate in passato; attualmente una diretta associazione fra queste due patologie così comuni è da ritenersi non plausibile (6).

La sintomatologia può essere tipica dell'ernia: rappresentata cioè da dolore e tumefazione inguinale. Talvolta, la comparsa di episodi occlusivi o sub-occlusivi attribuiti alla presenza dell'ernia, nascondono la presenza del tumore con conseguente ritardo della diagnosi. Altre volte invece la comparsa di una rettorragia, recente nell'anamnesi, può indurre al sospetto diagnostico ed una colonoscopia può consentire la diagnosi, ovviamente quando il viscere non è impegnato nel sacco. Anche l'esame clinico, come nel caso da noi riportato, qualora permetta di palpare la tumefazione dentro il sacco può generare il sospetto diagnostico. Nei casi in cui la patologia erniaria viene affrontata in urgenza per l'irriducibilità o per lo strozzamento, la sorpresa diagnostica è obbligatoriamente intra-operatoria. Alcuni Autori hanno preconizza-

to l'utilizzo della laparoscopia (1) con l'ottica introdotta attraverso lo stesso orifizio erniario per meglio ispezionare e stadiare la neoplasia.

La terapia in tali casi consiste nella riduzione, nella riparazione del difetto erniario e nella resezione dell'intestino, generalmente mediante un'incisione laparotomica indipendente contemporanea. Altrimenti la considerazione di praticare una resezione colica su un intestino non preparato e su una patologia non stadiata, e nel quale l'infezione eventuale sarebbe causa di grave compromissione dell'intervento protesico erniario attuato, può consigliare a differire l'intervento resettivo in un secondo tempo. Nel nostro caso, considerata la discreta mobilità dell'intestino, il presunto stadio non avanzato di malattia, lo stato clinico e l'età del paziente si è optato per un intervento sincrono consoci che una resezione, seppur più "economica", potesse dare una buona sicurezza oncologica. Ciò è stato possibile convertendo l'anestesia da spinale in generale ed ampliando l'incisione inguinale.

Conclusioni

La rarità dell'associazione dell'ernia inguinale complicata con un tumore dell'intestino, non deve mai prescindere da un accurato esame clinico del paziente (anche in una patologia così comune qual'è l'ernia inguinale) e dalla ricerca di possibili sintomi relativi ad una patologia altrettanto frequente qual'è quella neoplastica del colon. In condizioni di urgenza la diagnosi non può che essere intra-operatoria; l'utilizzo della laparoscopia a scopo stadiante può essere un'opzione utile. La possibilità di una terapia sincrona o differita è un'alternativa che il chirurgo può riservarsi di decidere in rapporto alla situazione clinica del momento.

Riassunto

È presentato un raro caso di ernia inguino-scrotale irriducibile, nel cui sacco era contenuto un adenocarcinoma del sigma. La diagnosi è stata intra-operatoria ed il trattamento è stato sincrono delle due patologie.

Parole chiave: Ernia inguinale, tumore intrasacculare.

Bibliografia

- 1) Roslyn J.J., Stabile R.E., Rangenath C.: *Cancer in inguinal and femoral hernia*. Am Surg, 1980, 46:358-62.
- 2) Yoell J.H.: *Surprises in inguinal hernial sacs; diagnosis of tumours by microscopic examination*. Calif Med, 1959, 91:146-8.
- 3) Owen Korn B., Leonor Moyano S., Renato Cabello E., Attila Csendes J.: *Hallazgo incidental de cancer en saco erniario inguinal*. Rev Med Chil, 2002 Jan, 130(1):91-5.
- 4) Lejars J.: *Neoplasmes herniaires et periherniaires*. Gaz Hosp, 1889, 62: 801-11.

- 5) Gerald Y.M. Tan, Richard J. Guy and Kong-Weng Eu.: *Obstructing sigmoid cancer with local invasion in an incarcerated inguinal hernia*. ANZ J Surg, 2003, 73:80-82.
- 6) Maldarizzi F., Pagliani G., Berardi R., Gasparini M., Volta L.: *Neoplasia del sigma incarcerata in ernia inguinale. (Contributo casistico - Revisione della letteratura)*. Chirurgia Italiana, 1983, Vol. 35; 43-50 fasc. 1 - febbraio.

Autore corrispondente:

Dr. Giancarlo STANISCIÀ
Via Martiri 6 ottobre, 79/a
66034 LANCIANO (CH)
Tel. 0872/49634 - Cell. 339/6224151

